

33
M. 404
Wautin

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN RADENAC

QUELQUES MODES DE DÉBUT DE LA GRANULIE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, Professeur.

: Imprimerie de Montsouris :
7, rue Lemaignan, Paris (XIV^e)
: P. ORSONI, Directeur :



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

JEAN RADENAC

NÉ A BORT (CORREZE), LE 23 AOÛT 1888

**QUELQUES MODES DE DÉBUT DE LA GRANULIE
CHEZ LES ENFANTS**

Président : M. HUTINEL, Professeur.

: Imprimerie de Montsouris :
7, rue Lemaignan, Paris (XIV^e)
: P. ORSONI, Directeur :

Le Doyen : M. ROGER.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	N...
Pathologie médicale.....	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
Clinique chirurgicale.....	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.....	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.....	BROCA
Clinique d'oto rhino laryngologie.....	A. ROBIN
	SEBILEAU

Agrégés en exercice :

MM.	GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE
	GUENIOT	LEREBOLLETT	RICHAUD
	GUILLAIN	LERI	ROUSSY
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE

*Médecin des hôpitaux auquel je suis
particulièrement reconnaissant de son
enseignement clinique, à l'hôpital Bre-
tonneau.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Hommage de très vive gratitude.

QUELQUES MODES DE DÉBUT DE LA GRANULIE CHEZ LES ENFANTS

INTRODUCTION

Étant externe dans le service du docteur Boulloche, il nous a été donné d'observer, pendant l'année 1919, plusieurs cas de granulie infantile ayant présenté des débuts nettement différents.

Ce sont ces différents débuts, au nombre de quatre, que nous nous sommes proposé d'étudier dans cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

La granulie peut dans certains cas, comme l'a dit M. le Professeur Landouzy, s'installer d'emblée. Il n'en est pas moins vrai qu'en général elle est consécutive à une tuberculose localisée.

Chez les enfants, comme d'ailleurs chez les adultes, elle présente des modes de début très particuliers, on en a décrit plusieurs que nous allons étudier rapidement.

I

Début à forme pneumonique

Il est très rare. C'est un début traînant, insidieux, aboutissant à des symptômes de pneumonie franche. On constate alors une zone de matité dans un des poumons et un souffle tubaire.

La température est très élevée, mais alors que, dans une pneumonie franche, elle aurait eu vers le huitième ou le neuvième jour une défervescence marquée, elle se maintient au contraire très haute dans la granulie.

Puis apparaissent des râles cavernuleux, des symptômes de ramollissement pulmonaire, et la mort survient rapidement.

II

Début broncho-pneumonique

C'est encore un début insidieux, aboutissant petit à petit à des symptômes de broncho-pneumonie franche. La dyspnée est très intense et la cyanose s'installe rapidement. La cachexie augmente vite, puis apparaissent des vomissements et de la diarrhée, suivis de près par la mort. Il peut encore y avoir broncho-pneumonie subaiguë, avec arrêts dans l'évolution de la maladie : c'est la phtisie galopante.

III

Début à forme typhoïde

C'est la typho-bacillose qui, au début, peut simuler la fièvre typhoïde.

Pourtant, dans la typho-bacillose, les oscillations fébriles sont plus considérables et plus irrégulières. Il y a dissociation du pouls et de la température, mais le pouls reste plus fréquent.

On ne note ordinairement pas d'état typhoïde, enfin, il n'y a pas de taches rosées et, de plus, le séro-diagnostic pratiqué à plusieurs reprises est toujours négatif.

IV

Début cérébral

Il se fait par des symptômes de méningite.

V

Début intestinal

Chez les bébés, on note alors des vomissements et une diarrhée intense, alors même qu'à l'autopsie on ne trouve pas d'ulcérations intestinales, tandis que, chez l'enfant plus âgé, la diarrhée s'accompagne toujours d'ulcérations.

VI

On peut également constater des débuts par :

Hépatite tuberculeuse.

Ou par :

Péritonite tuberculeuse.

Ces différentes formes rapidement passées en revue, nous allons examiner les observations que nous avons recueillies dans le service du docteur Boulloche, à l'hôpital Bretonneau,

CHAPITRE II

OBSERVATION I

C'est un enfant âgé de cinq ans et demi qui entre dans le service, le 24 mars 1919.

Cet enfant était déjà malade chez lui depuis le 8 février, c'est-à-dire depuis près d'un mois et demi.

Il souffrait, au dire de ses parents, de crampes et présentait des sueurs nocturnes.

Le médecin de ville, consulté, met l'enfant à la diète et au lit.

Pendant une dizaine de jours environ, pas d'amélioration. Enfin, au bout de ces dix jours, il lui trouve un point de pneumonie, d'après la mère. Toujours est-il que la fièvre persiste et que, depuis le début de mars, l'enfant commence à pâlir progressivement.

C'est alors qu'on l'amène à l'hôpital où, au premier examen on constate :

Tout d'abord sa pâleur, pâleur des téguments et des muqueuses.

À la palpation, la rate est grosse, perceptible.

À l'auscultation, on trouve quelques petits râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

La température, à 40° le premier jour, oscille les jours suivants entre 38° et 40°.

C'est alors qu'on fait procéder à un examen du sang, examen qui donne les résultats suivants :

Globules rouges.....	1.576.000
Globules blancs.....	4.400
Valeur globulaire.....	1,1

On fait en même temps une hémoculture.

Le 28 avril, il n'y a pas de culture apparente macroscopiquement et la formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles.....	82 %
Polynucléaires éosinophiles.....	0,7 %
Mastzellen.....	0.
Grands et moyens mononucléaires.....	11,6 %
Lymphocytes.....	6,7 %

Donc, jusqu'à ce jour, on ne peut qu'affirmer une anémie profonde.

Mais, à partir du 3 avril, le tableau clinique change brusquement.

A 15 heures, pendant quelques secondes, l'enfant éprouve de la difficulté à parler. Puis, quelques instants après, il est pris de vomissements qui vont se reproduire à plusieurs reprises pendant la journée.

Il est couché en chien de fusil sur son lit et, à chaque tentative d'examen, se met à pousser des cris perçants.

Les téguments, jusqu'alors décolorés, se colorent vivement par moment.

Le pouls est à 108.

Le lendemain, l'enfant dans son lit présente la même attitude que la veille.

On le pèse. Il pèse 14 kg. 300 alors qu'il pesait 16 kilos à son entrée.

Ses flancs sont excavés et il présente de plus une raie vaso-motrice très accentuée.

A l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux fins disséminés dans les deux poumons, mais surtout à droite.

En résumé, à ce moment, tableau clinique de la méningite tuberculeuse.

Au cours des jours qui vont suivre, l'enfant devient de plus en plus oppressé.

De plus, sa figure prend une teinte légèrement cyanosée : lilas. Enfin, on constate du battement des ailes du nez.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'enfant présente une température très irrégulière et à grandes oscillations.

Elle est très élevée, atteignant chaque soir 40°. De plus, une cuti-réaction pratiquée le 31 mars donne un résultat faiblement positif.

Le 7 avril, l'enfant meurt dans l'après-midi.

L'autopsie, qui put être pratiquée, montra des organes couverts de granulations miliaires avec, au niveau des poumons, de gros ganglions caséeux. Nous avons donc bien eu affaire à une granulie, ayant évolué rapidement chez un bacillaire ancien, avec un début caractérisé seulement par des symptômes d'anémie.

C'est plus tard qu'apparut la pie-mérite et c'est enfin l'autopsie qui a permis de conclure d'une façon certaine à une granulie.

OBSERVATION II

Il s'agit d'un enfant âgé de deux ans et demi qui, le 14 juin, tombe malade chez lui.

Il est pris de vomissements pendant la journée et depuis ce jour sa mère a constaté qu'il ne remuait plus du tout son bras droit.

On l'amène à l'hôpital le 18 juin.

C'est alors qu'on constate tout d'abord que l'enfant a la coqueluche. La présence à son domicile de deux enfants ayant également la coqueluche avait d'ailleurs préparé à cette constatation.

De plus, il présente une hémiplégie droite complète. Cette hémiplégie s'accompagne d'hypoesthésie.

Il y a également une ébauche de paralysie faciale. L'aspect du petit malade est chétif. Il est amaigri, grognon. Il présente une raie vaso-motrice qui, bien que légère, est néanmoins appréciable.

On constate aussi une raideur marquée de la nuque.

On pratique immédiatement une ponction lombaire. On trouve un liquide notablement hypertendu.

Il coule clair, avec cependant quelques flocons.

En y ajoutant quelques gouttes d'acide azotique, on constate qu'il contient de l'albumine.

La réaction lymphocytaire est moyenne :

5 à 6 par champ.

On ne voit pas au laboratoire de bacille de Koch.

Donc, en résumé, nous avons encore là le tableau de la méningite tuberculeuse ayant débuté brusquement par une hémiplégie.

La température se maintient auprès de 38°. Les oscillations sont très larges et irrégulières.

Le 25 juin elle monte à 40°,6 et l'enfant meurt dans la soirée.

Une cuti-réaction pratiquée dans les premiers jours du séjour à l'hôpital avait donné un résultat faiblement positif.

A l'autopsie, on fait les constatations suivantes :

Tout d'abord les poumons présentent de gros ganglions caséifiés. De plus, ils sont couverts de petites granulations miliaires; enfin, par place, on constate de véritables tubercules non ramollis.

L'examen du cerveau est très intéressant :

La face externe est entièrement recouverte de granulations tuberculeuses disséminées. Ces petites granulations sont surtout abondantes sur l'hémisphère gauche, le long des scissures de Sylvius et de Rolando.

En pratiquant une coupe de Flechsing, on constate qu'à gauche il y a une grosse infiltration grise, au niveau du lobe de l'insula en dehors de la capsule externe.

Cette infiltration s'accompagne d'une dilatation intense des vaisseaux, nettement constatée à la coupe.

Il y a, en outre, de petites hémorragies diffuses avec, par endroit, des traînées blanches de tubercules plus ou moins conglomérés.

Toutes ces lésions localisées à l'hémisphère gauche expliquent facilement l'hémiplégie du début.

En résumé, nous avons affaire à un enfant bacillaire chez lequel est survenue une coqueluche.

Cette coqueluche a provoqué chez lui une poussée granulique, la méningite tuberculeuse se manifestant comme premier symptôme par l'hémiplégie.

OBSERVATION III

Dans cette observation, le début et l'évolution de la granulie sont très différents.

Il s'agit d'une fillette de dix ans qui était malade depuis le 10 juin.

L'enfant avait été prise de nausées dans la journée du 10 et, de plus, la mère avait constaté qu'elle était fébrile.

Le lendemain, elle a plusieurs selles liquides dans la matinée. Le médecin appelé constate une température de 40°. Les jours suivants l'état empire. Elle présente du délire et, pendant l'intervalle de ses accès délirants, un abattement intense. Le médecin envoie alors la malade à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 16 juin, à son entrée, on constate alors que l'enfant est prostrée. La coloration de son visage est légèrement lilas. Elle présente en outre une légère dyspnée.

De plus, on note une raie vaso-motrice intense.

L'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Il n'y a pas de taches rosées.

Par contre, la rate est nettement perceptible à la palpation.

La température est à 39°.

Pendant les jours qui suivent, pas ou peu de changement.

Un séro-diagnostic donne un résultat faiblement positif à 1/50 pour T.

Il y a une prostration marquée, mais toujours pas de taches rosées.

On pense, à ce moment, à la possibilité d'une typho-bacillose.

Le 23 juin, une hémoculture donne un résultat négatif et, le 10 juillet, un séro-diagnostic donne un résultat négatif à 1/100 pour T, et négatif à 1/30 pour A et B.

On emmène alors l'enfant à la radioscopie et c'est là qu'on constate un poumon droit nettement pommelé.

En même temps, l'enfant a considérablement maigri. Alors qu'elle atteignait 24 kilos à son entrée, le 10 juillet elle ne pèse plus que 21 kilos. Enfin, le 12 juillet, on note, en même temps qu'une élévation lente et continue de la température, des signes pulmonaires.

Au sommet droit et en avant, on constate de légers craquements très fins, mais nettement perceptibles.

De plus, la dyspnée, qui s'était maintenue légère jusqu'alors, augmente et devient intense, avec battement des ailes du nez.

La cyanose s'accentue aussi et, de la teinte lilas du début, la coloration passe peu à peu à la teinte bleuâtre.

Le 13, la dyspnée, la cyanose, sont excessivement marquées.

On constate de plus, à gauche et en avant, quelques petits craquements au sommet.

L'enfant meurt le 15 juillet.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la température a oscillé autour de 39°, avec de grandes oscillations très irrégulières. Une cuti-réaction avait, dans ce cas encore, donné un résultat faiblement positif.

Nous nous trouvons donc en présence d'une granulie, bien que la confirmation n'ait malheureusement pas pu être donnée par l'autopsie, et cette granulie a évolué sous nos yeux pendant vingt jours, avec le diagnostic de typho-bacillose.

OBSERVATION IV

C'est maintenant un enfant de huit ans et demi qui entre à l'hôpital le 19 avril 1919.

Il était malade depuis quinze jours environ.

Il avait, d'après sa mère, de violents maux de tête et se plaignait continuellement de son côté droit. Il était, de plus, fébrile. A son entrée, on constate que l'enfant est très légèrement dyspnéique. En outre, à l'auscultation, on note à gauche l'existence de quelques petits râles ronflants.

A droite, une matité absolue, remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Les vibrations sont, à ce niveau, complètement abolies.

A la base, la respiration est très diminuée, presque abolie et, au-dessus, on entend un souffle intense.

On porte le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse, diagnostic d'ailleurs confirmé par une ponction exploratrice qu'on pratique le jour même.

Deux jours après, le souffle pleurétique s'entend du haut en bas du champ pulmonaire droit. La matité est toujours absolue et les vibrations sont toujours abolies.

Le 26 mai, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après, les signes pleurétiques ont sensiblement diminué. Il n'y a probablement plus que très peu de liquide. Mais la température, élevée et irrégulière au début, oscillant autour de 39°, n'a pas baissé. Elle continue, de plus, à présenter de larges oscillations.

Enfin, une cuti-réaction pratiquée le 9 mai donne un résultat faiblement positif.

A la radioscopie, on trouve une ombre légère de la base droite avec champs pulmonaires clairs.

Le malade continue alors jusqu'au 27 juin à garder des symptômes d'épanchement léger à droite, en même temps qu'une température élevée.

A cette date, il commence alors à présenter une dyspnée marquée. De plus, son appétit est sensiblement diminué; enfin on note :

De la rougeur des pommettes, des urines diminuées (250^{cc}), un pouls rapide.

L'enfant, qui pesait 22 kilos à son arrivée, n'en pèse plus que 17.

A l'auscultation, on trouve alors à gauche des râles humides disséminés dans tout le poumon. A la partie supérieure, un souffle avec retentissement à la toux.

A la percussion on observe une submatité dans la partie supérieure.

A droite : quelques râles à la base. La sonorité est redevenue normale.

L'enfant expectore de gros crachats purulents.

L'examen de ces crachats ne décèle pas la présence du bacille de Koch.

Le 3 juillet, l'état du malade a considérablement empiré. La dyspnée est devenue intense.

Le visage est cyanosé.

Les parents emmènent l'enfant chez eux, ne voulant pas, disent-ils, le voir mourir à l'hôpital. Bien que dans ce cas il n'y ait pas de vérification *post mortem*, on peut conclure qu'il s'agissait d'une pleurésie séro-fibrineuse qui a évolué petit à petit vers la disparition du liquide et qui s'est terminée par une granulie.

CHAPITRE III

Conclusions

Ces quelques cas d'enfants ayant succombé à une granulie après avoir débuté par des symptômes si différents, montrent combien il faut être circonspect dans le pronostic en pareille circonstance. Dans ces quatre observations nous avons affaire à des petits bacillaires. Les grandes oscillations de la température, ses irrégularités montraient que leur bacillose était en évolution, et c'est là un caractère commun aux quatre petits malades.

De plus, la cuti-réaction pratiquée sur chacun d'eux avait à chaque fois donné un résultat faiblement positif. Donc ces enfants réagissaient mal contre leur bacillose. Il faut donc, en présence même de modalités différentes quant au début, chez un bacillaire probable ou avéré, lorsqu'on constate une température élevée, oscillante, irrégulière, quand de plus la cuti-réaction donne un résultat négatif ou faiblement positif, il faut toujours penser à une granulie possible et poser un pronostic très réservé.

Bibliographie

Jules Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

Hutinel. — Maladies des enfants. Tuberculose (tome 2).

Graucher et Comby. — Maladies des Enfants (tome 1).

Feessinger. — Granulie apyrétique à syndrome méninge. *Rev. gen. de Clin. et de Thérap.* Par., 1914, XXIX, 583.

Armengand. — Tuberculose Miliaire. Séro réaction de Widal positive. *Recue Internat. Méd. et Chir.* Paris, 1911, XXII, 19.

Archives médicales d'Angers. — 1917, XXI, 81-89. Tuberculose générale des séreuses.

